

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los
primeros cuatro meses del periodo postparto de las
mujeres que acuden al Centro Materno Infantil
Manuel Barreto, abril - junio del 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Ana Rosa Huarcaya Chilingano

ASESOR

Erasmus Huertas Tacchino

Lima - Perú

2016

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque en mi debilidad, tú eres mi fortaleza.

A mis padres, Esther y Francisco, por su amor, esfuerzo y apoyo incondicional.

*A mi asesor, el médico gineco – obstetra Erasmo Huertas Tacchino, por su
apoyo desinteresado, paciencia y valiosos aportes
para la realización de esta tesis.*

*A las obstetras y médicos que aceptaron validar mi instrumento, en especial a
la obstetra Casiana Viscardo Toribio del Centro
Materno Infantil “Manuel Barreto”.*

*A mi alma mater, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Escuela
Profesional de Obstetricia.*

DEDICATORIA

A mis amados padres, a mi hermano, a mi tío Demetrio y a cada una de las madres que formaron parte de esta investigación, por el apoyo brindado.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	25
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	256
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	267
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	278
3. RESULTADOS	29
4. DISCUSIONES	37
5. CONCLUSIONES	40
6. RECOMENDACIONES	41
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
8. ANEXOS.....	46

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril - junio del año 2016.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, de corte transversal, que tuvo como muestra a 117 mujeres que se encontraban dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto y que acudieron al Centro Materno Infantil Manuel Barreto entre los meses de abril-junio del año 2016. Se utilizó un análisis univariado, donde, para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión; y para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS: El porcentaje de mujeres que reanudó la práctica sexual coital fue de 47.9% (n=56), siendo el tiempo medio de $4,89 \pm 2,08$ semanas e iniciándose en la mayoría en el puerperio; mientras que el 52.1% (n=61) de las mujeres, manifestó no haber reiniciado la práctica sexual de tipo coital; sin embargo, de este grupo, un 57.4% aceptó haber realizado prácticas sexuales no coitales, con un tiempo promedio de inicio de $2.19 \pm 2,19$ semanas. Los principales motivos para la reanudación de la práctica sexual coital fueron por deseo y confort personal (33.9%) y petición de la pareja (28.6%); en cambio las razones para no reiniciar la práctica sexual coital fueron el miedo a sentir dolor (41%), y el temor a un nuevo embarazo (24.6%). De las mujeres que iniciaron la práctica sexual de tipo coital, el 98.23% manifestó realizar solo el coito vaginal y de las mujeres que realizan prácticas sexuales de tipo no coital, el 36.1% practica solo besos y caricias con intención erótica. La mayoría utilizó como métodos anticonceptivos para el reinicio de la práctica sexual coital al preservativo (39.3%) y el método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) 19.6%. Dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto en la totalidad de mujeres, el 41% utilizó el inyectable hormonal trimestral, como principal método anticonceptivo moderno.

CONCLUSIÓN: Las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, abril-junio del año 2016 fueron: un 47.9% reanudó las prácticas sexuales coitales, en un tiempo de 4.89 semanas, por deseo y/o confort personal (33.9%); mientras que un 57.4% reinició prácticas sexuales no coitales, en un tiempo de 2.19 semanas. El principal método anticonceptivo moderno utilizado fue el inyectable hormonal trimestral (41%).

PALABRAS CLAVES: Prácticas sexuales, anticoncepción, periodo postparto.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the sexual practices and contraception within the first four months of postpartum women who come to the Mother and Child Center Manuel Barreto during April to June 2016.

METHODOLOGY: Descriptive, cross-sectional, it held as shown in 117 women who were in the first four months of the postpartum period and who attended the Mother and Child Center Manuel Barreto between the months of April to June 2016. An analysis was used univariate where variables for quantitative measures of central tendency and dispersion were used; and for qualitative variables absolute and relative frequencies were estimated.

RESULTS: The percentage of women resumed coital sexual practice was 47.9% ($n = 56$), the mean time of 4.89 ± 2.08 weeks, while 52.1% ($n = 61$) of women said they had never restarted the practice of coital sexual type. Also, 57.4% admitted having made non coital sexual practices, with an average start time of 2.19 ± 2.19 weeks. The main reasons for the resumption of coital sexual practice were by desire and personal comfort (33.9%), and petition of the couple (28.6%); however the reasons for the non-resumption of coital sexual practice were the fear of pain (41%) and fear of a new pregnancy (24.6%). Women who began the practice of coital sexual type, 98.23% said they make only vaginal intercourse and women performing sexual practices non coital type, 36.1% practice only kisses and caresses with erotic intent. Most used as contraception to the resumption of sexual coital practice the condom (39.3%) and the method of exclusive breastfeeding and amenorrhea (LAM) (19.6%). Within the first four months of the postpartum period, 41% used injectable hormonal quarterly.

CONCLUSIONS: The characteristics of sexual practices and contraception within the first four months of postpartum women who come to the Mother and Child Center Manuel Barreto, April-June 2016 were: 47.9% resumed coital sexual practices, in a time of 4.89 weeks, by desire and/or personal comfort (33.9%), while 57.4% restarted non coital sexual practices, in a time of 2.19 weeks. The main contraceptive method used was the quarterly hormone injection (41%).

KEYWORDS: sex practices, contraception, postpartum period.

1. INTRODUCCIÓN

El periodo de postparto recibe muy poca atención y cuidado en comparación con el embarazo y el parto, a pesar de que la mayoría de las muertes y discapacidades maternas se producen durante el puerperio, entre las mujeres de 15-45 años de edad; y como parte de esto, en lo que respecta al ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, es necesario realizar importantes ajustes.

Según la Organización Mundial de la Salud (1975), los problemas relacionados con la sexualidad son más profundos e importantes para el bienestar y la salud de las personas de lo que se han admitido, y precisamente, la ignorancia de las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre las mismas guardan una estrecha relación con los diversos problemas de salud y con la calidad de vida. Durante las últimas décadas, las investigaciones sobre diferentes aspectos de la sexualidad de la mujer se han centrado principalmente en algunos comportamientos sexuales específicos (como el coito) o los cambios durante la respuesta sexual, prestando menos atención a los aspectos cognitivos y las experiencias subjetivas relacionadas¹.

El hecho de reiniciar la vida sexual después del parto, constituye una fuente de tensión y/o estrés emocional en algunas mujeres, que pueden llegar a ocasionar conflictos a largo plazo en la vida de pareja, en gran medida influenciados, por los cambios físicos y emocionales que se producen. Sin embargo, retomar la actividad sexual va más allá de la penetración y del periodo de abstinencia forzado, ya que esto limita a las parejas el experimentar diversas formas de sentir placer sexual, claro está, cuando ambos se sientan preparados y cuenten con información y asesoría profesional respecto al tema para así tomar una decisión adecuada.

El tiempo promedio para la reanudación de las relaciones sexuales varía de 5 a 8 semanas después del parto en la mayoría de los estudios, muchos de los cuales están basados en informes retrospectivos². Ahora, si esto se diera en el caso mujeres que no amamantan de manera exclusiva, presentan reanudación

menstrual y/o no usan un método anticonceptivo eficaz, podría anunciar un mayor riesgo de embarazos no deseados e intervalos de nacimientos cortos³.

Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95 % de las mujeres que cursan el periodo de 0 a 12 meses postparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70 % de ellas no usan métodos anticonceptivos (Ross & Winfrey 2001). Los embarazos separados por intervalos cortos dentro del primer año después del parto son los que presentan más riesgo para la madre y el recién nacido, y conllevan mayores riesgos de resultados adversos, como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y neonatos pequeños para la edad gestacional (Da Vanzo et al. 2007)⁴. Las investigaciones han demostrado a lo largo del tiempo una relación inversa entre el espaciamiento de los nacimientos y el riesgo de mortalidad infantil, mientras que un mayor riesgo para la mortalidad materna se ha observado para las mujeres con intervalos entre nacimientos cortos.

En nuestro país; según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2015, se le preguntó a las mujeres que habían tenido una hija o hijo en los tres años anteriores a la encuesta, si habían reiniciado las relaciones sexuales y si habían tenido su menstruación después del nacimiento de su última hija o hijo; obteniéndose como resultado que la abstinencia postparto duró en promedio 5,7 meses, pero la mitad de las madres reinició su actividad sexual a los 2,4 meses. El 24,7% de estas mujeres estuvo en amenorrea de postparto y el 12.4% se encontró en abstinencia sexual durante esta etapa, estimándose que en total un 30.1% se encontró en condición de insusceptibilidad temporal⁵.

Con la finalidad de sustentar la presente investigación, se realizó una revisión exhaustiva de investigaciones afines que se mencionan a continuación:

Anzaku A y Milah S (2014) publicaron un artículo titulado “Reanudación postparto de la actividad sexual, morbilidad sexual y uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres de Nigeria en Jos”, en el que participaron 340 mujeres, 14 semanas después del parto. Los resultados indicaron que la

relación sexual se reanudó por el 67,6% (n=230) de las mujeres, siendo el tiempo medio hasta la reanudación de las relaciones de 8,2 semanas después del parto, donde el 3,5% (8/230) lo hizo dentro de la etapa de puerperio. Asimismo, la mayoría inició las relaciones sexuales (77,4%, n=178) por sus parejas y sólo el 19,1% (n=44) estaba usando anticonceptivos modernos².

Mody S, Nair S, Dasgupta A, Raj A, Donta B, Saggurti N, Naik DD, Silverman J (2014) en su trabajo de investigación titulado “La utilización de anticonceptivos postparto entre las mujeres de bajos ingresos que buscan la inmunización de los lactantes en Mumbai, India”; se obtuvo como resultado que entre las mujeres de 17 a 45 años (n=1049) que buscaban la inmunización de sus bebés de seis meses o menos, un 44.9% (n=467) de ellas reanudó las relaciones sexuales después del parto y un 55,1% (n=573) no lo hizo. Aquellas que reportaron la reanudación de las relaciones sexuales, un 65,3% (n = 305) informaron que actualmente no utilizan ningún método anticonceptivo. Entre las 162 mujeres que usan anticonceptivos, el momento más común de la iniciación de la anticoncepción fue de 5 semanas después del parto y el método más común utilizado fueron los condones con 77.8%⁶.

Chaparro M, Pérez R y Sáez K (2013) en Chile, llevaron a cabo una investigación titulada “Función sexual femenina durante el periodo postparto”, para analizar variables bio-psicosociales asociadas a la función sexual femenina en el periodo postparto, donde participaron 117 mujeres que se controlaron entre el tercer y cuarto mes postparto. Los resultados fueron que el 20.8 % de ellas refiere no haber utilizado algún tipo de método anticonceptivo al momento de iniciar actividad sexual postparto y un 75,5% de las mujeres se encontraba en lactancia materna exclusiva. El motivo de reinicio de actividad sexual postparto fue porque su pareja insistió (30,2%) o porque ella lo deseaba (69,8%), siendo en la mayoría de los casos (56,6 %), la primera relación sexual después del parto no satisfactoria. Las mujeres iniciaron actividad sexual en promedio a los 30 días postparto, con un rango entre 8 a 90 días⁷.

Ezebialu IU, Eke AC (2012) efectuaron un trabajo titulado “La reanudación de las relaciones sexuales vaginales en el periodo postparto temprano: los

determinantes y las consideraciones para espaciar los nacimientos en una población de Nigeria”, en el que unas 860 madres fueron entrevistadas durante su primera consulta después del parto. Se tuvo como resultado, que el 29.7% (n=255) de ellas habían reanudado las relaciones sexuales con una media de reanudación de $5,4 \pm 2,6$ semanas. Sólo el 21,5% de las madres sexualmente activas usa un anticonceptivo moderno, mientras que el 56,9% no tuvo en cuenta en absoluto la anticoncepción. La razón principal de la abstinencia prolongada era el miedo a otro embarazo; en este grupo de mujeres, el espaciamiento de los niños parece ser la principal consideración para la reanudación del coito, incluso sobre el temor de molestias dolorosas⁸.

Odar E, Wandabwa J, Kiondo Paul (2003) en su investigación titulada “Las prácticas sexuales de las mujeres dentro de los seis meses del parto en el hospital Mulago, Uganda”. Se halló que, de las 217 madres participantes, el 66.4%(144) de las mujeres reanudaron actividad sexual, de ellos el 49.3% lo hicieron durante el puerperio, con tiempo medio para la reanudación de $7,87 + 4,9$ semanas. Las principales razones para la pronta reanudación de las relaciones sexuales eran la demanda marital, demandas culturales, comodidad, consejo del trabajador de salud. Las razones para no reanudar las relaciones sexuales dentro de los seis meses postparto incluyen la asesoría por parte de los trabajadores de salud (38,4%), no se encontraba el marido (21.9%), ningún interés (21.9%) y no sensación de bienestar (17.8%)⁹.

Por esta razón, el presente estudio se enfoca en conocer las características de las prácticas sexuales y anticoncepción de la mujer, en un periodo primordial como lo es el postparto, para ello se buscó consignar una población de mujeres que se encuentre en este periodo, eligiéndose al Centro Materno Infantil Manuel Barreto ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, como el lugar de estudio y recolección de información. Es importante resaltar que la población que acude a este centro materno, cuenta con características culturales diversas, lo cual hace de su vida sexual, en muchas ocasiones un tabú.

Aparte de ello, en nuestro medio, la información e investigaciones en este campo, es escaso y/o limitado, observándose déficit de evidencia que esté al alcance de la comunidad científica.

El puerperio es el periodo que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer; es comprensible que su duración sea imprecisa, pero la mayoría de los especialistas considera su duración de cuatro a seis semanas postparto^{10, 11}.

Se define el periodo *postparto* como una etapa de transición en que la madre y su hijo/a pasan de la estrecha relación que hay durante el embarazo hacia un periodo de mayor autonomía para ambos. El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva considera que, si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas después del parto, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinos y nutricionales (por ejemplo una mujer que amamanta); por ello precisa como postparto, todo el periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre. Este periodo es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada¹².

La vivencia durante la etapa postparto es sin duda compleja, ya que ocurren modificaciones tanto biológicas, psicológicas y sociales, cambios que pueden interferir en la adaptación a la maternidad y envuelven a la mujer en una reorganización de sus distintos roles.

Uno de los aspectos importantes que puede verse afectado por estos cambios, y que a menudo no se discute durante la atención prenatal ni en el puerperio, es la Salud Sexual y Reproductiva después del parto, entendiéndose como Salud Sexual a la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad que se evidencia en expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social, no es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedad¹³; y la

Salud Reproductiva que incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo; este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable. Entonces, se desprende que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano que trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una fuente importante de bienestar y placer tanto físico como mental¹⁴.

Comprendemos, por tanto, que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida; y si se da, por ejemplo, la falta de un adecuado abordaje de la sexualidad durante el postparto, podría contribuir a que persistan mitos, tabúes, miedos, estrés emocional y experimentar, en algunos casos, disfunción sexual, que pueden ocasionar conflictos a largo plazo en la vida de la pareja, afectando así la salud y la calidad de vida de las personas.

Se debe tener presente que la forma, el momento y las condiciones del reinicio de la actividad sexual varían en cada pareja. Según la OPS/OMS (2000), considera la *actividad sexual* como la expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico es el más evidente y es sinónimo de comportamiento sexual, a su vez define las *prácticas sexuales* como patrones de actividad sexual presentados por individuos y comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles¹³.

La manera de como las personas viven y experimentan sus prácticas sexuales, son el producto de la interacción constante entre su propia percepción y las normas de la sociedad a la que pertenece y en la cual se desarrolla y actúa. No se nace con una concepción sobre las mismas, sino que se las aprende durante el transcurso de la vida. Las prácticas sexuales pueden o no tener finalidad coital, y la búsqueda del placer sexual puede o no incluir la genitalidad, dependerá de cada persona y de cada vínculo¹⁵.

Si bien, después del parto, se requiere un periodo variable de abstinencia sexual que garantice la adecuada recuperación de los órganos reproductivos y la prevención de infecciones; es positivo también retomar la vida sexual en forma gradual y no exigente, a través de las *prácticas sexuales no coitales* (denominado también petting o magreo), que se centran en el contacto físico encaminado a la excitación sexual mutua, sin llegar a realizar el coito; y que pueden ofrecer igual o mejor sensación de bienestar y/o goce sexual, con bajo riesgo de exposición a un embarazo y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual, a excepción de la práctica del sexo oral, ya que los fluidos vaginales o el semen pueden entrar en contacto con las mucosas bucales o genitales de la otra persona, lo cual aumentaría el riesgo.

Entre las prácticas sexuales no coitales que se dan entre las parejas después del parto podemos mencionar:

Besos, abrazos y caricias con intención erótica: Componentes eróticos de la intimidad, que generan una serie de estímulos eléctricos y bioquímicos, además de diferentes respuestas sexuales físicas que propiciarían sensaciones placenteras o la excitación sexual.

Juegos sexuales: Son preludios del acto sexual y tienen un significado erótico, con estos juegos se desarrolla la excitación de la pareja y la lubricación de los órganos genitales; es decir, permiten que ambos descubran y se dejen llevar por las sensaciones que diversos estímulos en todo el cuerpo les pueden proveer de forma fluida y continua, sin prisas ni presiones, lo cual facilita el coito. Los juegos sexuales pueden realizarse desde breves minutos hasta horas antes de producirse el acto sexual.

Masturbación mutua: Consiste en la estimulación de dos o más personas con el fin de alcanzar el orgasmo sin que haya penetración (vaginal, anal u oral). Por lo general se usan las manos pero también se pueden usar vibradores u otros juguetes sexuales.

Sexo oral: Práctica sexual en el que se estimulan con la boca, los labios, los dientes y la lengua a los órganos genitales: pene (Felación), vulva (cunnilingus)

u otras partes del cuerpo: el ano (anilingus) y la estimulación oral de pezones. Durante la fase final del embarazo y las primeras semanas postparto, el sexo oral de la mujer al hombre es más frecuente que del hombre a la mujer. La masturbación masculina parece estable durante el embarazo y el periodo postparto¹⁶.

Las prácticas sexuales coitales, forman parte de la relación sexual y pueden o no tener como objetivo la reproducción al realizar el coito, entiéndase por coito a la introducción del pene erecto en la vagina o el ano¹⁷. Entonces las prácticas sexuales coitales pueden ser de tipo vaginal o anal.

Es necesario recalcar que el *reinicio de las prácticas sexuales* después del parto es variable y que no hay un tiempo mínimo para dicho retorno; comúnmente en los países occidentales se guarda la “cuarentena”, sin embargo, algunas parejas deciden retomar antes las relaciones sexuales.

El inicio del contacto sexual no coital, en promedio, se reanuda tres semanas después del parto; en general, antes de volver a tener relaciones sexuales, las cuales se reanudan en promedio entre 6 y 8 semanas después del parto, en Europa y en los Estados Unidos (16.5 semanas después en Nigeria), durante el tercer mes posterior al parto, entre el 88 y el 95 % de las parejas mantienen relaciones sexuales y hacia el décimo tercer mes el 97% mantiene actividad coital¹⁶. Otra investigación realizada en China indica que el 94,7% de las mujeres habían iniciado actividad sexual a los seis meses postparto (Xu XY et al., 2003).⁷

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES del año 2015 realizada en nuestro país, se le preguntó a todas las mujeres que habían tenido una hija o hijo en los tres años anteriores a la encuesta, si habían reiniciado las relaciones sexuales y si habían tenido su menstruación después del nacimiento de su última hija o hijo; obteniéndose como resultado que el 24,7% de estas mujeres estuvo en amenorrea de postparto y el 12.4% se encontró en abstinencia sexual durante esta etapa, estimándose que en total un 30.1% se encontró en condición de insusceptibilidad temporal. La abstinencia postparto

duró en promedio 5,7 meses, pero la mitad de las madres reinició su actividad sexual a los 2,4 meses. La duración mediana de la abstinencia postparto fue 2,5 meses entre las mujeres de 30 a 49 años y 2,4 meses en las de 15 a 29 años de edad. En el área urbana y rural fueron 2,4 y 2,7 meses respectivamente. Por región natural, en la Selva fue 3,2 meses y en la Sierra 2,4 meses. Por departamento, el periodo de abstinencia fue más alto en Ucayali (4,0 meses), Loreto (3,9 meses), San Martín e Ica (3,6 meses en cada caso). Por quintil de riqueza, la abstinencia postparto fue de 2,8 meses en las mujeres del quintil inferior y 1,9 meses en las del quintil superior.⁵

Como vemos, las manifestaciones relativas a la sexualidad varían de acuerdo a los valores vigentes de cada estrato socio-cultural¹⁸, esto agregado a los cambios anatómicos, fisiológicos, en la relación con la pareja/recién nacido y la familia, determinan cambios en la receptividad de la mujer con respecto al hecho de retomar las relaciones sexuales, donde muchas expresan distintas razones y *motivos para su reinicio*.

En el estudio de Odar et al. (2003), observaron que el principal motivo para el retorno de la actividad sexual fue debido a la petición sus parejas (46 %)⁹, al igual que en la investigación de Anzaku y Milah (2014) con 77.4%²; esto puede constituir una situación difícil para la mujer, por ejemplo cuando la pareja no entiende las dificultades y/o cambios en el organismo de la madre y la presiona, llegando en casos extremos a la amenaza de “buscarse otra” o cuando la mujer lo percibe como una “tarea”, más que algo agradable para ella¹⁹. Otros de los principales motivos que podemos enunciar según los diversos estudios son la comodidad o sensación de bienestar, es decir el bienestar físico y particular de cada mujer, el “respeto con el propio cuerpo”; la demanda cultural incluye la participación familiares, amigos y comunidad en las vivencias sexuales y cotidianas^{2,9,18}; la recomendación del trabajador de salud^{2,9}, que de acuerdo a la literatura el reinicio coital debe darse a partir del cuadragésimo segundo día; el uso de métodos anticonceptivos² en la forma más conveniente para la situación y necesidades de la pareja les brinda seguridad para reiniciar la vida sexual; la presencia de menstruación después

del parto para algunas mujeres actúa como un disparador o un recordatorio para empezar a usar anticonceptivos y así reanudar el coito²⁰; etc.

Por otra parte, las razones comúnmente citadas *para no reanudar* el coito son distintas e incluye el temor al dolor, que a veces está relacionado con la experiencia de dolor durante el parto, la sensación de haber sido examinada muchas veces y con la presencia de episiotomía o laceración¹⁹. En algunos casos efectivamente se presenta dolor durante el coito (dispareunia), que puede ser producido por la falta de lubricación en las paredes vaginales (bajo nivel de los estrógenos), flujo vaginal anormal o como consecuencia de un trauma perineal. Cabe señalar que la dispareunia es extremadamente común en los primeros 3 a 6 meses postparto; Barret et al informaron que 55% de las mujeres experimentaron penetración dolorosa y 45% coito doloroso a los 2 meses postparto²¹. Según los estudios, la dispareunia es la principal causa que influye de manera negativa en la calidad de vida de las mujeres en el postparto, donde muchos de estos autores han relacionado de forma directa la presencia de dispareunia en el postparto con la realización de episiotomía o laceraciones y desgarros en el canal del parto²², teniéndose en cuenta que el dolor es más severo y que dura más tiempo es en laceraciones de tercer y cuarto grado.

También se ha observado en estudios como el de Enderle et al. (2013) y Ezebialu IU, Eke AC (2012) que el miedo a un nuevo embarazo fue el principal determinante del no retorno sexual en el postparto^{8, 23}.

Algunas mujeres tienen temor al desempeño sexual en cuanto a que, si podrán excitarse como antes, si su vagina habrá cambiado o recibirá la penetración igual que antes, si lograrán el orgasmo (como cuando lo obtenían antes del parto) y si su pareja podrá obtener la misma satisfacción, etc¹⁹.

En otras mujeres se ve afectado el esquema corporal, se sienten poco atractivas, apenas queda tiempo para el autocuidado, lo que reduce su autoestima^{3, 24}.

Aun existiendo deseo sexual por parte de la mujer, hay otras dificultades como la presencia de la leche materna, cuando las mamas durante la lactancia

pueden perder su contenido erótico para uno o ambos miembros de la pareja al asociarlas al “envase” del alimento del bebé; o al haber secreción láctea durante el orgasmo²⁴. Muchos estudios, además, se refieren al efecto negativo de la lactancia materna en la sexualidad que podría explicarse por varios factores: las mujeres lactantes tienen niveles elevados de prolactina que son mantenidos por la lactancia materna, esto lleva a los bajos niveles de gonadotropina y en consecuencia bajos niveles de estrógeno y progesterona, debido a la actividad ovárica suprimida; la sequedad vaginal es una de las consecuencias de este estado hipo-estrogenizado. Byrd constató que, al mes del parto, las mujeres que no practicaban la lactancia materna (LM) estaban más predispuestas a reiniciar las relaciones sexuales, mientras que las lactantes referían una mayor pérdida de deseo²⁵. Ortiz et al., en su estudio, hallaron, con la entrevista de las 6 semanas postparto, diferencias entre el grupo de mujeres de lactancia materna y el grupo de fórmula, para las variables apetencia de relaciones sexuales ($p= 0,019$), interés en el sexo ($p= 0,04$) y cambios en la excitación ($p= 0,031$)²⁶. Sin embargo, aún no está claro, si la asociación entre la lactancia y el inicio de la actividad sexual, se ve afectada por los cambios hormonales vinculados a la lactancia o a las características psicosociales de la madre⁷.

Otros motivos que pueden interferir el reinicio de las relaciones sexuales son el temor a tener complicaciones médicas; presencia de sangrado; ausencia de la pareja; ausencia de método anticonceptivo; falta de sueño, a veces depresión y estrés; falta de privacidad (hacinamiento); interrupción por demanda de atención del bebé, etc.^{2, 3, 9}.

Como vemos, debido a la interacción de varios factores, algunas mujeres pueden experimentar escaso o ningún deseo sexual y a veces, disfunción sexual. Entendemos por disfunción sexual al deterioro persistente del interés o la respuesta sexual que causa dificultad interpersonal o tensión personal. The International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación de la respuesta sexual femenina; en ella mantiene las cuatro áreas básicas (deseo, excitación,

orgasmo, dolor) y agrega dos más: lubricación y satisfacción. Rosen y col., desarrollaron un instrumento que cumplía con la clasificación propuesta, y tiene las características de ser auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad, lo denominó Female Sexual Function Index⁷.

Las mujeres a menudo, también experimentan problemas sexuales en la reanudación de las relaciones sexuales después del parto; sin embargo, por lo general no son reportados ya sea por vergüenza o timidez, por tanto, no hay intervenciones médicas y solo se pone énfasis en asesoramientos relacionados con la anticoncepción. Esta situación podría reflejar que algunos profesionales de salud no siempre tienen la información, conocimientos, y/o las habilidades necesarias para realizar una adecuada anamnesis acerca de la salud sexual en el embarazo y el post-parto durante la consulta; y si se produce, la pareja no suele estar presente. Todo esto da como consecuencia que las puérperas tengan necesidades de planificación familiar insatisfechas, sobre todo en mujeres que son pobres, menos educadas y residentes de las zonas rurales.

Por ello, dentro de las intervenciones realizadas en nuestro país, a través de La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, encontramos la Norma Técnica de Planificación Familiar, que tiene como objetivo general establecer los procedimientos para lograr un manejo estandarizado, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud contribuyendo a que la población peruana alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida de los usuarios, así como de su familia, su comunidad y el país²⁷.

Es menester la promoción de la planificación familiar, porque se reconoce como la intervención principal que puede conducir a resultados de salud materna e infantil óptimos, especialmente en los países en vías de desarrollo. Mientras que la Planificación Familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la *Planificación Familiar Postparto* (PFPP) se centra en la prevención de embarazos no planificados y de

intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. La PFPP cumple una función importante en las estrategias para disminuir las necesidades de PF insatisfechas; y las puérperas tienen la mayor cantidad de necesidades de PF insatisfechas. La PFPP atiende las necesidades de quienes desean tener hijos en el futuro (espaciamiento) y de quienes hayan alcanzado la composición familiar deseada y quieran evitar embarazos en el futuro (limitación)⁴.

El beneficio de la adopción anticipada o la continuación de la *anticoncepción* son bien conocidos y positivos. Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos, que pueden ser usados por hombres y por mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo²⁸.

Durante los últimos años se ha visto una expansión de las opciones de anticoncepción, pero tenemos también los métodos tradicionales como el Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) que sigue siendo eficaz si se cumple con los tres criterios básicos: lactancia exclusiva a libre demanda, que la usuaria se mantenga en amenorrea y se encuentre dentro de los seis meses postparto; no obstante, su efecto protector durante este tiempo puede verse disminuido debido a la intensidad de la succión, frecuencia, la alimentación suplementaria, etc.; por ende en ausencia de la lactancia materna razonablemente intensiva, las mujeres tienden a ovular antes del final del segundo mes después del parto²⁰.

Entonces, se necesita especial atención con el grupo de mujeres que no brindan lactancia materna exclusiva, son sexualmente activas y no usan ningún método anticonceptivo; ya que la primera menstruación tras la amenorrea postparto puede o no ser precedida de ovulación. Jackson E et al. (2011) publican una revisión para establecer el retorno a la fertilidad postparto en madres no lactantes y concluyen lo siguiente: para las mujeres que no amamantan a sus bebés, el embarazo puede producirse dentro de los 45 días después del parto ya que el tiempo medio de la primera ovulación varía de 45 a 94 días postparto, aunque un pequeño número de mujeres ovularon antes (más temprano el día 25 postparto); sin embargo, no está bien establecida la

fertilidad de esas primeras ovulaciones. El tiempo medio hasta la primera menstruación es de 45 - 64 días postparto. Son anovulatorias en el 29 - 80% de los casos. El 20% - 71% de la primera menstruación fue precedida por la ovulación y el 0% - 60% de estas ovulaciones eran potencialmente fértiles²⁹.

Existe la necesidad de contribuir a mejorar la libre e informada elección de las personas a los métodos anticonceptivos, que en este caso van a variar en virtud de la condición de lactancia de la madre y lo que desee en cuanto al espaciamiento o la limitación de embarazos futuros.

Todas las mujeres, ya sea que amamanten, o no a sus hijos, tienen la opción de elegir métodos de anticoncepción moderna; por ejemplo: el uso del condón masculino y femenino en el momento que deseen reanudar las relaciones sexuales, y el diafragma o capuchón cervical después de seis semanas postparto (hasta que la involución uterina sea completa)⁴.

Aquellas mujeres que no amamantan a sus bebés, pueden iniciar métodos de progestina sola inmediatamente después del parto. Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse a partir de las tres semanas según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS (2015) en el caso de que no haya contraindicaciones para su uso³⁰; y según la Norma Técnica de Planificación Familiar se puede empezar a partir de las seis semanas²⁷.

El Estado Peruano a través del Ministerio de Salud, también brinda a la pareja que se encuentra dentro de la etapa postparto, la posibilidad de tener acceso a una variedad de métodos anticonceptivos modernos y gratuitos, como:

Métodos de barrera: Condón masculino y femenino, su mecanismo de acción es impedir el pasaje de espermatozoides al tracto reproductor femenino. Según la OMS, puede decirse que, si se utiliza correctamente, la eficacia de los preservativos masculinos es del 98%; la mayoría de los fallos se deben al uso irregular y a defectos en la técnica de colocación³¹. El condón femenino puede ser usado por todas las mujeres ya que no hay ninguna patología médica que contraindique su uso²⁷.

Métodos de esterilización: Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio, puede practicarse inmediatamente o hasta transcurridas 48 horas después del parto, o en cualquier momento transcurridas 6 semanas tras el parto. Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes del hombre, y así impedir la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo. Como método se requiere que se haya realizado un análisis de semen al varón en el cual no se observe ningún espermatozoide, después de los tres meses posteriores a la intervención²⁷.

Dispositivo intrauterino: Dispositivo intrauterino liberador de cobre que se inserta en la cavidad uterina y libera cobre, T de cobre 380 – A que tiene una duración de hasta 12 años. Puede colocársele inmediatamente o hasta transcurridas 48 horas después del parto; y en cualquier momento transcurridas 4 semanas tras el parto²⁷.

Inyectable de solo progestágeno: Aquel que posee solo progestágeno como el Acetato de Medroxiprogesterona de 150 mg, cuyo mecanismo de acción es espesar el moco cervical y la supresión de la ovulación en un 50%³². Se puede iniciar en el postparto inmediato, según la Norma Técnica de Planificación Familiar²⁷; y a partir de las seis semanas según los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS (2015)³⁰.

Implantes subdérmicos: El implante de Etonogestrel 68mg es un anticonceptivo femenino, es un implante radiopaco, no biodegradable, flexible, de 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro, que sólo contiene progestágeno, y que se presenta precargado en un aplicador estéril desechable. Confiere protección durante tres años; concluido dicho periodo, debe ser retirado. Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente después del postparto; así como en mujeres que dan de lactar y no ha vuelto la menstruación antes de los seis meses postparto, sin método de respaldo²⁷.

Anticonceptivos orales combinados (AOC): Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral, cuya función es la supresión y espesamiento del moco cervical. En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses²⁷.

Si bien, existen investigaciones que ponen de manifiesto las necesidades educativas de la puérpera al alta hospitalaria y dentro de las cuales tenemos el reinicio de vida sexual, estos estudios se enfocan a la actividad coital; los datos respecto a aspectos cognitivos, experiencias subjetivas y actividades no coitales son escasos. Por esta razón es necesario realizar investigaciones con respecto a la sexualidad de la mujer durante el postparto, para así favorecer la comprensión de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres después del parto y en especial aquellas que pertenezcan a poblaciones vulnerables.

Como profesionales de obstetricia, tenemos entre nuestras competencias el campo preventivo-promocional, además de poseer un papel importante durante la atención prenatal y puerperal; por tanto el hecho de conocer las vivencias, dificultades, miedos y/o dudas, y el contexto sociocultural en el que la mujer se desenvuelve es de vital importancia para encontrar soluciones ante las demandas que las mujeres postparto presentan con respecto a esta tema; para ello también se tiene que estar en continua capacitación, no solo para brindar información, sino para poder abordar de manera efectiva, a través de un enfoque clínico, educativo y humanizado, conjuntamente con la participación de otros profesionales de la salud; asegurando así, una mejor calidad de vida para la mujer y su familia.

Con los resultados de la presente investigación, se describirán aspectos relacionados a las prácticas sexuales y la anticoncepción de la mujer durante una etapa determinada del postparto, lo cual permitirá a los profesionales de salud del Centro Materno Infantil “Manuel Barreto”, abordar este tema con mayor facilidad, promoviendo el diálogo y la expresión franca de las necesidades en el grupo poblacional al que asisten durante la consulta; asimismo permitirá sugerir la realización de intervenciones educativas intra y

extra murales sobre sexualidad y anticoncepción después del parto. A la par, el estudio aumentará la producción científica tanto para la comunidad obstetra como para la comunidad médica que desee tener acceso a este tipo de información.

Por lo mencionado, nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, abril-junio del 2016?

Definición de términos:

- **Prácticas Sexuales:** Patrones de actividad sexual presentados por individuos y comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles¹³.
- **Anticoncepción:** Denominado, también, contracepción; se refiere a la acción y efecto de impedir la concepción es decir una forma de controlar la natalidad.
- **Postparto:** Periodo que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes de embarazarse y toda la etapa de transición en que el niño o niña es tan dependiente de la madre.¹².

Objetivos:

Objetivo general:

Determinar las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril - junio del año 2016.

Objetivos específicos:

- Identificar el porcentaje de mujeres que reanudan las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.
- Identificar el tiempo de retorno de las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.
- Identificar los motivos para la reanudación de las prácticas sexuales coitales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.
- Describir el tipo de práctica sexual dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.
- Identificar el uso de métodos anticonceptivos dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo observacional, diseño descriptivo de corte transversal.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto entre los meses de abril-junio del año 2016.

Esta población fue captada en el servicio de ESNI/CRED (Estrategia Nacional de Inmunizaciones / Crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años).

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Mujer dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto que acude al Centro Materno Infantil Manuel Barreto entre los meses de abril-junio del año 2016.
- **Tamaño Muestral:** El tamaño de la muestra estuvo conformado por 117 mujeres; lo cual se calculó teniendo como referencia las estadísticas de las atenciones que se realizaron durante los meses de abril-junio del 2015 en el servicio de ESNI/CRED.

Calculo del tamaño muestral (fórmula para muestra finita).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N (Total de la población) = 168

Z α (Nivel de confianza o seguridad) = 95% (1.96)

p (Proporción esperada) = 50% (0.5)

q (complemento de la proporción) = $1 - q = 1 - 0.5 = 0.5$

d (grado de precisión) = 5% (0.05)

$$n = \frac{168 * 1.96^2 (0.5 * 0.5)}{0.05^2 (168 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 117$$

➤ **Tipo de muestreo:** No probabilístico por conveniencia.

➤ **Criterios de inclusión**

Mujeres de dos a cuatro meses postparto.

Mujeres en edad reproductiva (15-49 años).

Mujeres de parto vaginal y puerperio sin complicaciones.

Mujeres que acudan al Centro Materno Infantil Manuel Barreto.

Mujeres que se encuentren en una relación de pareja estable.

Mujeres que acepten participar del estudio y firmen el consentimiento informado.

➤ **Criterios de exclusión**

Mujeres que no terminen de completar la encuesta.

Mujeres con problemas psiquiátricos o desordenes de la conducta.

Mujeres iletradas.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Prácticas sexuales y anticoncepción.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Se utilizó la técnica de la encuesta de forma personalizada a 117 mujeres para evaluar las prácticas sexuales y la anticoncepción en el periodo postparto. Para la misma se utilizó un cuestionario como instrumento; este cuestionario fue elaborado teniendo en cuenta las variables usadas por los antecedentes tomados en cuenta en el presente estudio.

Validación del instrumento: Puesto que el cuestionario fue creado por la investigadora, requirió de validación. Para la validación, el cuestionario fue sometido a “Juicio de expertos”, tomando en cuenta la evaluación de 5 jueces expertos en el tema de investigación (dos médicos gineco-obstetras y tres obstetras). Para ello, se le proporcionó a cada experto una ficha de validación, que luego se procesó mediante la Prueba Binomial y esto facilitó evaluar las recomendaciones de cada Juez, para mejorar el cuestionario, con la finalidad que se cumplan los objetivos planteados en el estudio.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron recolectados después de solicitar el permiso respectivo al jefe del Centro Materno Infantil “Manuel Barreto” y al servicio de ESNI/CRED.

Se recolectaron los datos de la siguiente forma:

Se abordó a cada paciente en la sala de espera del servicio de ESNI/CRED. La selección de las participantes se realizó según el orden de llegada, tomando en cuenta los criterios de inclusión.

Se realizó la presentación respectiva ante la usuaria y se le dio el motivo del abordaje; si la usuaria aceptaba participar de la encuesta y cumplía con los criterios de selección del estudio, se procedía a leer el consentimiento informado, en el que se detalló las características y la finalidad de la investigación, y posteriormente este documento fue firmado por la usuaria.

Cabe resaltar que la encuesta fue personal, y siempre se supervisó la forma de llenado de cada uno de los cuestionarios, además se estuvo atento ante cualquier pregunta o dificultad de la usuaria para responder a las preguntas.

Luego de haber recolectado la información y encuestado al total de la muestra propuesta por el estudio, se procedió a hacer el control de calidad de cada uno de los cuestionarios.

Por ser el estudio descriptivo, se utilizó un análisis univariado, donde para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central, de dispersión y valores mínimos y máximos; en cuanto a las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas. Todos estos datos fueron evaluados mediante el programa SPSS v. 22.

Para la realización de las tablas y gráficos se utilizó el programa Microsoft Excel 2013.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo de la presente investigación, el proyecto de tesis fue presentado al Comité de Investigación y a la directora de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para su respectiva aprobación.

El permiso de la jefatura de Centro Materno Infantil Manuel Barreto se gestionó después de la aprobación del proyecto, para proceder a realizar la recolección de los datos.

Para la recolección de la información se respetó el anonimato de las pacientes, además, para avalar la participación voluntaria de las usuarias, se procedió a solicitar la firma del consentimiento informado.

Los datos obtenidos se mantuvieron en absoluta confidencialidad y fueron utilizados, solo para los fines de la presente investigación, manteniéndose el anonimato de los participantes en su publicación. (Ver Anexo II)

3. RESULTADOS

Tabla N°1: Características sociodemográficas de las mujeres dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto, que acuden al Centro Materno Infantil “Manuel Barreto” durante abril-junio del año 2016.

Características de la mujer		N	%
Edad materna	≤ 19 años	17	14.5%
	20 a 35 años	82	70.1%
	>35 años	18	15.4%
Grado de Instrucción	Primaria	4	3.4%
	Secundaria	76	65.0%
	Superior técnico	22	18.8%
	Superior universitaria	15	12.8%
Estado civil	Casada	46	39.3%
	Conviviente	71	60.7%
Religión	Católico	97	82.9%
	Evangélico	14	12.0%
	Ateo	4	3.4%
	Otros	2	1.7%
Ocupación	Ama de casa	63	53.8%
	Estudiante	13	11.1%
	Trabajo dependiente	16	13.7%
	Trabajo independiente	25	21.4%
Lugar de procedencia	Lima y Callao	63	53.8%
	Provincia	54	46.2%
TOTAL		117	100.0%

En la tabla N°1 se observa que la mayoría de las mujeres dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto que acudieron al Centro Materno Infantil “Manuel Barreto”, tienen edades comprendidas entre 20 a 35 años (70.1%), grado de instrucción secundaria (65%), estado civil conviviente (60.7%), religión católica (82.9%), ocupación ama de casa (53.8%), y más de la mitad proceden de Lima y Callao (53.8%).

Tabla N°2: Características sociodemográficas de la pareja de las mujeres dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto, que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Características de la pareja		N	%
Edad de la pareja	≤ 19 años	6	5.1%
	20 a 35 años	76	65.0%
	>35 años	35	29.9%
Grado de instrucción de la pareja	Secundaria	72	61.5%
	Superior técnico	29	24.8%
	Superior universitaria	16	13.7%
Religión de Pareja	Católico	102	87.2%
	Evangélico	12	10.3%
	Otros	3	2.6%
Lugar de procedencia de la pareja	Lima y Callao	53	45.3%
	Provincia	64	54.7%
TOTAL		117	100.0%

En la tabla N°2 se observa que la edad de las parejas de las mujeres encuestadas se encuentra entre los 20 y 35 años (65.0%), grado de instrucción secundaria (61.5%), religión católica (87.2%); asimismo, más de la mitad proceden de provincia (54.7%).

Tabla N°3: Características gineco-obstétricas de las mujeres dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto, que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Características gineco-obstétricas		N	%
Inicio de relaciones sexuales	≤ 19 años	39	33.3%
	> 19 años	78	66.7%
Numero de pareja sexuales	1 pareja	48	41.0%
	De 2 a 3 parejas	68	58.1%
	Más de 3 parejas	1	0.9%
Embarazo último planificado	Si	69	59.0%
	No	48	41.0%
Numero de gestaciones	Uno	48	41.0%
	2 a más	69	59.0%
Número de hijos	Uno	75	64.1%
	2 a más	42	35.9%
Periodo internatal	No aplica (*)	75	64.1%
	Menor a 2 años	1	0.9%
	2 a 5 años	33	28.2%
	Mayor a 5 años	8	6.8%
TOTAL		117	100%

En la tabla N°3 se describen las características gineco-obstétricas de las mujeres, donde la mayoría refieren haber iniciado las relaciones sexuales después de los 19 años (66,7%) y un 33.3% lo inició durante la adolescencia; el 58.1% manifiesta que ha tenido de 2 a 3 parejas sexuales y que su último embarazo fue planificado (59%); asimismo, el 59% ha tenido de 2 a más gestaciones; sin embargo el 64.1% de ellas tiene solo un hijo; por último, en cuanto al periodo internatal, la alternativa No aplica tiene un 64.1% debido a que la mayoría de mujeres son primíparas, por tanto la mayoría de mujeres presenta un periodo internatal de dos a cinco años con un 28.2%.

Tabla N°4: Características del puerperio dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Características del puerperio		N	%
Integridad del periné	Episiotomía	67	57.3%
	Laceración	27	23.1%
	Periné íntegro	23	19.7%
Complicación del periné	Si	15	12.8%
	No	102	87.2%
Retornó su menstruación	Si	20	17.1%
	No	97	82.9%
Brinda lactancia materna	Exclusiva	77	65.8%
	Si, además con formula	35	29.9%
	Sí, pero se suspendió por complicaciones	5	4.3%
Asistencia al 1er y 2do control del puerperio	Ninguno	1	0.9%
	Solo al primero	26	22.2%
	Solo al segundo	2	1.7%
	Ambos	88	75.2%
TOTAL		117	100.0%

En la tabla N°4 se observa que a más de la mitad de las mujeres se les realizó la episiotomía (57.3%), mientras que el 23.1% tuvo laceración perineal. La mayoría de episiotomías y laceraciones perineales curaron bien, solo en el 12.8% se presentó complicaciones en el periné que incluyen infección, dehiscencia, etc. El 82.9% de ellas no tuvo retorno de la menstruación, y el 65.8% refirió que estaba amamantando exclusivamente; por último el 75.2% asistió al primer y segundo control del puerperio.

Tabla N°5: Inicio de las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Inicio de las prácticas sexuales		N	%
Inicio de la práctica sexual coital	Si	56	47.9%
	No	61	52.1%
TOTAL		117	100%
Semana de inicio de la práctica sexual coital	Puerperio (hasta la 6° semana)	31	55.4%
	A partir de 6° a 8° semana	18	32.1%
	A partir de 8° a 12° semana	7	12.5%
TOTAL		56	100%
Inicio de las prácticas sexuales no coitales	Si	35	57.4%
	No	26	42.6%
TOTAL		61	100%

En la tabla N°5, se aprecia que de la totalidad de mujeres (n=117), el 47.9% (n=56) reanudó la práctica sexual coital; donde más de la mitad (55.4%) lo hizo durante el puerperio. Por otro lado, un 52.1% (n=61) de las mujeres, manifestó no haber reiniciado la práctica sexual de tipo coital; sin embargo, el 57.4 % realizaron prácticas sexuales no coitales; mientras que el resto manifestó que no realizó ningún tipo de práctica, es decir, se encontraban en un periodo de abstinencia sexual (n=26).

Tabla N°6: Tiempo promedio de retorno de las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Tiempos promedios de retorno de las prácticas sexuales	X ± DS (Min. - Máx.)
Tiempo promedio de inicio de la práctica sexual coital	4,89 ± 2,08 (1 - 12) semanas
Tiempo promedio de inicio de la práctica sexual no coital	2,19 ± 2,19 (1 - 8) semanas

En la Tabla 6, se observa que el momento de la reanudación coital osciló entre la 1° y la 12° semana, con tiempo medio para la reanudación de $4,89 \pm 2,08$ semanas. Las prácticas sexuales no coitales tuvieron un tiempo promedio de inicio de $2.19 \pm 2,19$ semanas, con un rango de 1 a 8 semanas.

Tabla N°7: Motivos para la reanudación de la práctica sexual coital dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Motivos para la reanudación de la práctica sexual coital		N	%
Razones para la reanudación de la práctica sexual coital	Deseo y confort personal	19	33.9%
	Petición de la pareja	16	28.6%
	Cuento con método anticonceptivo	7	12.5%
	Demanda cultural	1	1.8%
	Otros	13	23.2%
TOTAL		56	100%
Razones para no reanudar la práctica sexual coital	Miedo a sentir dolor	25	41.0%
	Temor a un nuevo embarazo	15	24.6%
	Me siento poco atractiva	10	16.4%
	Presencia de episiorrafía	3	4.9%
	Otros	8	13.1%
TOTAL		61	100%

En la tabla N°7 se indican los motivos para la reanudación de la práctica sexual coital, donde las principales razones manifestadas por las mujeres que la reanudaron (n=56) fueron por deseo y confort personal (33.9%), el 28.6% fue por petición de la pareja, mientras que otras razones dadas (23.2%) incluyen: recomendación por parte del personal de salud, porque era conveniente, por presencia de menstruación, etc. Entre las principales razones que se dieron para no reiniciar la práctica sexual coital (n=61), tenemos que un 41.0% consideró el miedo a sentir dolor, seguido del temor a un nuevo embarazo (24.6%).

Tabla N°8: Tipo de práctica sexual dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Tipo de práctica sexual		N	%
Tipo de práctica sexual coital	Coital Vaginal	55	98.2%
	Coito vaginal y anal	1	1.8%
TOTAL		56	100%
Tipo de práctica sexual no coital	Besos y caricias con intención erótica	22	62.9.%
	Sexo oral	7	20.0%
	Masturbación mutua	6	17.1.%
TOTAL		35	100%

En la tabla N°8 se observan las prácticas sexuales coitales de la mujer dentro de los primeros cuatro meses postparto donde: del grupo de mujeres que iniciaron la práctica sexual de tipo coital (n=56), el 98.23% manifestó realizar solo el coito vaginal. En cuanto al grupo de mujeres que realiza prácticas sexuales de tipo no coital (n=35); la mayoría de ellas practican los besos y caricias con intención erótica (62.9%) principalmente.

Tabla N°9: Uso de Métodos anticonceptivos naturales o modernos en el grupo de mujeres que reiniciaron la práctica sexual de tipo coital dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto y que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Uso de Métodos anticonceptivos al momento de reiniciar la práctica sexual coital		N	%
Método anticonceptivo natural o moderno	Preservativo	22	39.3%
	Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)	11	19.6%
	Inyectable trimestral	6	10.7%
	Dispositivo intrauterino	5	8.9%
	Implante subdérmico	3	5.4%
	Otros métodos anticonceptivos	1	1.8%
	Ningún método	8	14.3%
TOTAL		56	100%

En la tabla N°9 se aprecia que, de todos los métodos anticonceptivos, ya sea naturales o modernos, utilizados al momento de reiniciar la práctica sexual de tipo coital, el preservativo es el método anticonceptivo de mayor uso (39.3%), le sigue en importancia, el método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) con un 19.6%. Por último, cabe resaltar, que el 14.3% de las mujeres de este grupo no utilizó ningún método anticonceptivo la primera vez que reinició el coito.

Tabla N°10: Uso de métodos anticonceptivos modernos dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

Uso de Métodos anticonceptivos modernos		N	%
Método anticonceptivo moderno	Ninguno	24	20.5%
	Inyectable hormonal trimestral	48	41.0%
	Preservativo	17	14.5%
	Dispositivo intrauterino	17	14.5%
	Implante subdérmico	7	6.0%
	Otros	4	3.4%
TOTAL		117	100.0%

En la tabla N°10 se observa el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres, dentro de los primeros cuatro meses postparto, donde el método más utilizado es el inyectable hormonal trimestral (41%), seguido del preservativo al igual que el dispositivo intrauterino con un 14.5%. Sin embargo, también llama la atención que un 20.5% de ellas no usa ningún método anticonceptivo moderno.

3. DISCUSIONES

En el presente estudio, se observó que el 70.1% de las mujeres participantes tenía de 20 a 34 años, al igual que lo evidenciado por Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, Mattos y Rodríguez²², pues en su investigación el 73.3% de las mujeres tenía dicho intervalo de edad; respecto al estado civil, en el presente estudio la mayoría era de estado civil conviviente (60.7%), en cambio, en el trabajo de Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, Mattos y Rodríguez²², la mayor parte de las mujeres era soltera (80.5%). Por lo expuesto se puede mencionar que la población de mujeres que se encuentra dentro de los primeros cuatro meses postparto y acude al Centro Materno Infantil “Manuel Barreto” es adulta, tiene un nivel de instrucción medio y presenta una pareja estable.

En cuanto al porcentaje de mujeres que reanudaron las prácticas sexuales, en la presente investigación se encontró que el 47.9% (n=56) de ellas reiniciaron las prácticas sexuales coitales dentro de los primeros cuatro meses postparto; esto se asemeja al trabajo de Chaparro, Pérez y Sáez⁷, quienes mostraron que el 45.3% de las mujeres tenía actividad sexual, mientras que Anzaku y Milah² en su investigación, observaron que un mayor porcentaje de mujeres reanudaron las relaciones sexuales coitales (67,6%). Estas diferencias en las tasas de reanudación del coito después del parto pueden ser atribuibles a las diversas concepciones culturales y religiosas, y a las actitudes sexuales de las mujeres en diversas partes del mundo. Ahora, del resto de mujeres que no reanudaron el coito (n=61), un 57.4% (n=35) de ellas afirma haber tenido prácticas sexuales no coitales (entiéndase esta por besos y caricias, masturbación, sexo oral, etc.); por tanto, el 42.6% se encontraba en un periodo de abstinencia sexual. Con respecto a este último punto, podemos desprender que quizá algunas parejas desconocen las diversas opciones sexuales que no impliquen el coito, y, por tanto, se limitan a poder mejorar la expresión de placer y afecto mutuo durante este periodo.

Acerca del tiempo de retorno de las prácticas sexuales en el presente estudio, se halló que las mujeres tuvieron un tiempo promedio para el reinicio de la

práctica sexual coital de 4.89 ± 2.08 semanas, iniciándose en la mayoría de ellas en el puerperio (55.4%); similar a los resultados de Chaparro, Pérez y Sáez⁷, quienes en su investigación encontraron que el tiempo promedio de inicio de la actividad sexual de las participantes fue de 4.2 semanas. Por el contrario, Anzaku y Milah² evidenciaron en su estudio que el tiempo medio hasta la reanudación de las relaciones sexuales fue de 8.2 semanas después del parto. Lo señalado en las investigaciones manifiesta que este tiempo promedio puede variar por diversos motivos, entre ellos por la influencia cultural que hay en los países de estudio, etc.; sin embargo, llama la atención que en la población estudiada, el tiempo promedio de reinicio del coito sea menor a lo recomendado por el personal de salud, es decir, pasada las seis semanas (puerperio), lo que da tiempo para la involución paulatina de las modificaciones gravídicas anatómicas y funcionales a su estado pregestacional, y a su vez, cualquier desgarro o laceración reparada cicatrice. Por otra parte, el tiempo promedio de inicio, en cuanto a las reanudaron prácticas sexuales no coitales, fue de 2.19 ± 2.19 semanas, cercano al promedio de reanudación sexual no coital que es de tres semanas después del parto, antes de volver a mantener relaciones sexuales.¹⁶

Respecto a los motivos para la reanudación de las prácticas sexuales, en el presente estudio se observó que la razón principal para reanudar la práctica sexual coital fue por deseo y confort propio (33.9%); no obstante, la petición de la pareja (28.6%) también fue un motivo importante. Pese a que los porcentajes de los resultados obtenidos en el trabajo de Chaparro, Pérez y Sáez⁷, las razones fueron parecidas, pues las mujeres refirieron que iniciaron las relaciones sexuales coitales porque ellas lo deseaban (69.8%) y porque su pareja insistió (30.2%); en cuanto al estudio de Odar E, Wandabwa J, Kiondo Paul⁹, la principal razón para la pronta reanudación de las relaciones sexuales fue la demanda marital. Por otro lado, las mujeres que no han reanudado la práctica sexual coital, señalaron diversos motivos: miedo a sentir dolor con un 41%, seguido del temor a un nuevo embarazo (24.6%), lo cual coincide con lo reportado por Enderle, Kerber, Lunardi, Nobre, Mattos y Rodríguez²², ya que en su estudio las principales razones del no retorno sexual en el postparto fueron

el miedo a sentir dolor, el miedo a un nuevo embarazo y la vergüenza del propio cuerpo o sentirse poco atractiva; mientras que en el estudio de Ezebialu IU, Eke AC⁸, la razón principal de la abstinencia prolongada era el miedo a otro embarazo.

En cuanto a la anticoncepción en el presente estudio, el método anticonceptivo que las mujeres usaron al momento de reiniciar la práctica sexual coital fue el preservativo (39.3%), similar a lo reportado por Mody S, Nair S, Dasgupta A, Raj A, Donta B, Saggurti N, Naik DD, Silverman J⁶, donde el método más común utilizado fueron los condones con 77.8% entre las mujeres que reiniciaron el coito. Ahora con respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos en la totalidad de las mujeres dentro de los primeros cuatro meses postparto, el 79.5% de ellas usa métodos anticonceptivos modernos entre los cuales destaca el inyectable hormonal trimestral (41 %). Esto demuestra que un alto porcentaje de pacientes ha recibido algún método de planificación familiar en este periodo; sin embargo, es preocupante también, que haya un 20.5% de mujeres que no usen ningún método anticonceptivo moderno eficaz y/o de respaldo, probablemente debido a la falta de información con respecto al tema, falta de comunicación conyugal, violencia familiar, o porque optan usar un método anticonceptivo natural, etc.

4. CONCLUSIONES

- El 47.9% de las mujeres dentro de los cuatro primeros meses postparto que acuden al Centro Materno Infantil “Manuel Barreto”, reanudaron las prácticas sexuales coitales, iniciándose en la mayoría durante el puerperio. Las prácticas sexuales no coitales se reiniciaron en el 57.4% de mujeres.
- El tiempo de retorno de la práctica sexual en aquellas mujeres que reanudaron el coito, fue de 4.89 semanas. Asimismo, el tiempo de retorno de la práctica sexual no coital fue de 2.19 semanas.
- El principal motivo para la reanudación de la práctica sexual coital fue el deseo y confort propio (33.9%). Por otro lado, el miedo a sentir dolor (41.0%) fue el principal motivo para aquellas que no la reanudaron.
- El tipo de práctica sexual coital de las mujeres encuestadas, fue vaginal (98.2%) principalmente. Los besos y caricias con intención erótica (62.9%) fueron en el caso de las mujeres que realizaron prácticas sexuales no coitales.
- El principal método anticonceptivo que usó el grupo de mujeres que reinició la práctica sexual coital, fue el preservativo (39.3%). Con respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos en la totalidad de mujeres encuestadas, el inyectable hormonal trimestral (41%) tuvo un mayor porcentaje de uso.

5. RECOMENDACIONES

- Fomentar la creación de espacios de confianza entre las mujeres y sus parejas junto con profesionales de salud calificados y capacitados en el tema, para promover una visión amplia de la vivencia de la sexualidad en el periodo postparto no centrada en el coito; abordar las posibles dificultades y/o vivencias respecto a la sexualidad en este periodo; desmontar falsos mitos y creencias; fortalecer los vínculos maternos, paternos, filiales; y proporcionar métodos anticonceptivos.
- Hacer énfasis en la promoción de la Planificación Familiar Postparto, a través de intervenciones educativas durante la atención prenatal y puerperal, para disminuir el porcentaje de mujeres que no usan ningún método anticonceptivo, y así prevenir embarazos no planificados y evitar periodos intergenésicos cortos.
- Integrar la Planificación Familiar en los programas de inmunización y atención de la salud del niño y en los diferentes servicios que brinda el Centro Materno Infantil “Manuel Barreto”, ya que proporcionaría mayores oportunidades para contactar a la mujer postparto; y garantizar así, una atención integral de la salud sexual y reproductiva.
- Promover la participación de la pareja tanto en la atención prenatal, como en la consulta de planificación familiar postparto, para lograr una mayor comprensión de la necesidad de anticoncepción al abandonar la abstinencia sexual después del parto.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soria B. Estudio de la Actividad Sexual de la Mujer durante el embarazo y puerperio. [Tesis de maestría]. Universidad de Almería, Facultad de Ciencias de la Salud. 2012.
2. Anzac A, Micah S. Postpartum Resumption of Sexual Activity, Sexual Morbidity and Use of Modern Contraceptives Among Nigerian Women in Jos. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2014; 4(2): 210-216.
3. Rowland M, Folcroft L, Holman W, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Rev. Canadian Family Physician*. 2005; 51 (10): 1366-1367.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. 2014; p.: 1-46.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015 Nacional y Departamental [Internet]. Lima. Perú: INEI [citado el 21 de mayo del 2016]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html.
6. Mody S, Nair S, Dasgupta A, Raj A, Donta B, Saggurti N, Naik DD, Silverman J. Postpartum contraception utilization among low-income women seeking immunization for infants in Mumbai, India. *National Institute for Research on Reproductive Health*. 2014; 89(6): 516–520.
7. Chaparro M, Pérez R, Sáez K. Función sexual femenina durante el periodo postparto. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2013; 73(3):181-186.
8. Ezebialu IU, Eke AC. Resumption of vaginal intercourse in the early postpartum period: determinants and considerations for child spacing in

- a Nigerian population. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2012; 32(4): 353-356.
9. Odar E, Wandabwa J, Kiondo P. Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda. *Rev. African Health Sciences*. 2003; 3 (3): 117-123.
 10. Cunningham FG, Lveno KJ, Bloom SL. *Obstetricia Williams*. 23^a ed. México: McGraw Hill. 2011; p. 646-658.
 11. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
 12. Díaz S. El periodo postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [Consultado el 16 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf>
 13. Ávila G. Marco conceptual para el desarrollo, la salud sexual y la salud reproductiva en la pubertad y la adolescencia. En: Torices I, Avila G. *Por mi salud y tu tranquilidad hablemos de sexualidad*. 1° ed. México: DGSEI. 2012; p. 14 – 27.
 14. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Lima. Perú: MINSA [citado el 18 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>
 15. Correa C, Cubillán F. *Salud Sexual y Reproductiva: Desde una mirada de género*. Manual de capacitación. 1°ed. Venezuela: IAES. 2009; p. 25-33.
 16. Kirsten von S. Sexualidad durante el embarazo y el periodo postparto. En: Reece A, Hobbits J. *Obstetricia clínica*. 3°ed. Argentina: Médica Panamericana. 2010; p. 1016-17.

17. Salud x mi. Sexualidad saludable. [citado el 20 de marzo del 2016]. Disponible en: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/preguntas_frecuentes_sexualidad.php
18. Rejane N, Matos N, Rosa D. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(4): 1-8.
19. Sánchez S, Casado M. Vida sexual en el postparto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. [Consultado el 22 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/sex_en_postparto.pdf
20. Ndugwa P, Cleland J, Madise N, Fotso J, and Zulu E. Menstrual Pattern, Sexual Behaviors, and Contraceptive Use among Postpartum Women in Nairobi Urban Slums. *Journal of Urban Health*. 2010; 88(2): p. 1-15.
21. Leeman L, Roger R. Relaciones Sexuales Después del Parto. *Rev. Obstetric and Gynecology*. 2012; 119: 647–55.
22. González A. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. *Reduca Serie Matronas*. 2011; 3 (3): p.125-152.
23. Enderle C, Kerber N, Lunardi V, Nobre C, Mattos L, Rodrigues E. Condicionantes y/o determinantes del retorno a la actividad sexual en el puerperio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013, 21(3): 1-7.
24. Martín de María. Sexualidad en el puerperio. *Rev. Matronas profesión* [Internet]. España. Disponible en: www.federacion-matronas.org/rs/510/d112d6ad-54ec.../es.../vol2n4pag9-14.pdf
25. Byrd J. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of family practice*. 1998; 47(4): 305-8.
26. Ortiz M, García S, Colldeforns M. Estudio del interés sexual, la excitación y la percepción de las relaciones de pareja en mujeres primíparas

- lactantes en relación con las no lactantes. *Matronas Prof.* 2010; 11(2): 45-52.
27. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima – Perú: MINSA. 2016.
28. Profamilia. Métodos anticonceptivos cuadernillo estudiantil. [citado el 12 de diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.inppares.org/sites/default/files/Metodos%20Profamilia.PDF>.
29. Jackson E & Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 2011, 117:657–662.
30. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Jul, 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1
31. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Nota descriptiva N°351. May, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
32. Ministerio de Salud. Planifica tu futuro [Internet]. Lima-Perú: MINSA. [citado el 26 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/planfam/index.html>.

7. ANEXOS

ÍNDICE

I. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	47
II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
IV. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
V. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	56

I. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema General	Objetivo General	Variables
¿Cuáles son las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, abril-junio del 2016?	Determinar las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril - junio del 2016.	Prácticas sexuales y anticoncepción. Dimensiones: – Prácticas sexuales – Anticoncepción
Problemas específicos	Objetivos específicos	Metodología
¿Cuál es el porcentaje de mujeres que reanudaron las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto?	1. Identificar el porcentaje de mujeres que reanudan las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.	Tipo y diseño de Estudio: Observacional. Descriptivo, de corte transversal.
¿Cuál es el tiempo de retorno de las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto?	2. Identificar el tiempo de retorno de las prácticas sexuales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.	Población: Mujeres dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto entre los meses de abril-junio del año 2016.
¿Cuáles son los motivos para la reanudación de las prácticas sexuales coitales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto?	3. Identificar los motivos para la reanudación de las prácticas sexuales coitales dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.	Tamaño Muestral: El tamaño de la muestra estará conformada por 117 mujeres, el cual se calculó teniendo en cuenta las estadísticas de las atenciones en el servicio de ESNI/CRED en lactantes de dos a cuatro meses durante los meses de abril-junio del año 2015.
¿Cuáles es el tipo de práctica sexual dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto?	4. Describir el tipo de práctica sexual dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.	Muestreo: No probabilístico por conveniencia.
¿Cuáles son los métodos anticonceptivos utilizados dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto?	5. Identificar el uso de métodos anticonceptivos dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto.	Técnica: Encuesta.
		Instrumentos: Cuestionario de prácticas sexuales y anticoncepción en el periodo postparto.
		Validación: El cuestionario será validado mediante juicio de expertos (5 jueces expertos).

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORÍAS	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACION
Prácticas Sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto	Patrones de actividad sexual y el correspondiente uso de métodos anticonceptivos después del parto vaginal en las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto.	Inicio de las prácticas sexuales.	Inicio de prácticas sexuales coitales.	Si No	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
			Inicio de prácticas sexuales no coitales.	Si No	Cualitativa	Nominal	
		Tiempo de retorno de las prácticas sexuales.	Tiempo promedio de retorno de la práctica sexual coital.	N° de semanas	Cuantitativa	De Razón	
			Tiempo promedio de retorno de la práctica sexual no coital.	N° de semanas	Cuantitativa	De Razón	
		Motivos para la reanudación de la práctica sexual coital.	Razones para reanudar la práctica sexual coital	Petición la pareja Deseo y confort personal Demanda cultural Cuento con MAC Otros	Cualitativa	Nominal	
			Razones para no reanudar la práctica sexual coital.	Miedo a sentir dolor Temor a un nuevo embarazo Me siento poco atractiva Presencia de episiorrafía o sutura Otros			
		Tipo de práctica sexual	Coital	Ninguno Coito vaginal Coito anal Ambos	Cualitativa	Nominal	

			No coital	Besos y caricias con intención erótica. Masturbación mutua Juegos sexuales Relaciones sexuales orales. Todas las anteriores		
		Uso de Métodos anticonceptivos	Método de método anticonceptivo natural o moderno al momento de reanudar la práctica sexual coital.	Ninguno Preservativo Inyectable hormonal trimestral Dispositivo intrauterino (T de cobre) Método de la lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) Otros	Cualitativa	Nominal
			Método anticonceptivo moderno utilizado actualmente.	Ninguno Preservativo Inyectable hormonal trimestral Dispositivo intrauterino (T de cobre) Otros	Cualitativa	Nominal

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por la Bachiller de Obstetricia Ana Rosa Huarcaya Chilingano, perteneciente a la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien tiene la intención de determinar las prácticas sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto.

Para realizar el presente estudio, se requiere su autorización; si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: el propósito del estudio, la participación, los riesgos, los costos, los beneficios, la confidencialidad, los problemas y/o las preguntas.

Propósito del estudio: Determinar las prácticas sexuales y la anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto durante abril-junio del año 2016.

¿En qué consiste su participación?: Una vez autorizada su participación, se procederá a aplicar una encuesta para indagar las variables ya mencionados.

Riesgos asociados al estudio y costo de su participación: Los riesgos asociados al presente estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de la persona, aunque podría causar cierta incomodidad el hecho de indagar en la vida del participante; por ello, para brindar mayor seguridad, no se consignarán los nombres y apellidos de los mismos. El estudio no tendrá costo para usted.

Beneficios: Para la institución será conocer y tener información acerca de las actividades sexuales durante el postparto en la población estudiada. Para el investigador, corresponde su beneficio profesional y académico el hecho de investigar en estos campos y para las participantes el tener un poco más de información sobre este tema.

Confidencialidad: Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador; por ende, la encuesta es anónima.

Problemas o preguntas: En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que realizará la entrevista; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con el investigador para cualquier consulta o retiro del estudio.

Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para el presente estudio, a la vez entiendo que mis respuestas a las preguntas realizadas serán utilizadas para fines de investigación y se darán de forma estrictamente confidencial, además no serán usadas para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He leído la información proporcionada o se me ha sido leída, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Comprendo también, que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión. Firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Nombre del Participante

Firma del participante

Fecha: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta sobre las “Prácticas Sexuales y anticoncepción dentro de los primeros cuatro meses del periodo postparto de las mujeres que acuden al Centro Materno Infantil Manuel Barreto, abril-junio del 2016.”

A continuación, se presentarán una serie de preguntas, las cuales deberá leer cuidadosamente y responder correctamente. Recuerde que se pretende conocer las prácticas sexuales y anticoncepción durante los meses después del parto, por lo que se recomienda que seas lo más sincero(a) y honesto(a) posible:

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUJER Y SU PAREJA:

1. Edad de la paciente: _____ años
2. Grado de instrucción de la gestante:
Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior técnico ☐ Superior universitario ☐
3. Religión: _____
4. Ocupación: _____
5. Lugar de procedencia: _____
6. Estado civil: Casada ☐ Conviviente ☐ Soltera ☐
7. Edad de la pareja: _____ años
8. Grado de instrucción de la pareja:
Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior técnico ☐ Superior universitario ☐
9. Religión que profesa la pareja: _____
10. Lugar de procedencia: _____

II. CARACTERISTICAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS

11. Edad de inicio de relaciones sexuales (coito): _____
12. Número de parejas sexuales: _____
13. ¿El último embarazo fue planificado?: Si ☐ No ☐
14. Gesta y Paridad: G_____P_____

15. Periodo internatal: Años: _____ meses: _____
16. Fecha del último parto: _____
17. Parto con episiotomía, laceración o periné íntegro. Especificar: _____
18. Retornó su menstruación: Si ☐ No ☐ Especificar: _____
19. Brinda lactancia materna:
- a) Exclusiva
 - b) Si, además con fórmula
 - c) Se suspendió por complicaciones.
 - d) No amamanta desde el nacimiento.
20. Asistencia al primer y segundo control puerperio del último parto:
- a) Ninguno
 - b) Solo al primero
 - c) Solo al segundo
 - d) Ambos

III. CARACTERÍSTICAS DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y ANTICONCEPCIÓN EN EL POSTPARTO

PRÁCTICA SEXUAL COITAL
<p>21. Usted, después del parto, ha iniciado la práctica sexual de tipo coital (acto consistente en la introducción parcial o total del pene en la vagina o el ano). Marque lo que corresponda:</p> <p>a) Si</p> <p>b) No (pasar a la pregunta 26)</p> <p>22. ¿En qué semana postparto inició la práctica sexual coital? _____</p> <p>23. ¿Cuál fue la razón principal para reanudar la práctica sexual coital?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Petición de la pareja b) Deseo y confort personal c) Demanda cultural (familia, sociedad, etc.) d) Cuento con método anticonceptivo e) Otros: _____

24. ¿Contaba usted con alguno de estos métodos anticonceptivos (natural o moderno), la primera vez que reanudó las prácticas sexuales coitales?
- a) Ninguno
 - b) Preservativo
 - c) Inyectable hormonal trimestral
 - d) Método de la lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA)
 - e) Otros: _____
25. Respecto a la práctica sexual coital actual, esta se basa principalmente:
- a) Ninguno
 - b) Coito vaginal
 - c) Coito anal
 - d) Ambos

PRÁCTICA SEXUAL NO COITAL

26. ¿Cuáles son las razones para no reanudar la práctica sexual coital?
- a) Miedo a sentir dolor
 - b) Me siento poco atractiva
 - c) Temor a un nuevo embarazo
 - d) Presencia de episiorrafia o sutura
 - e) Otros: _____
27. ¿Usted tiene prácticas sexuales no coitales (besos, abrazos, caricias con intención erótica, juegos sexuales, masturbación mutua, sexo oral)?
- a) Si
 - b) No (pasar a la pregunta 30)**
28. ¿En qué semana, después del parto, inició la práctica sexual no coital? _____
29. ¿Cuál es el tipo de práctica sexual no coital que actualmente realiza de manera frecuente? (marque solo una alternativa):
- a) Besos y caricias con intención erótica
 - b) Masturbación mutua
 - c) Juegos sexuales
 - d) Sexo oral
 - e) Todas las anteriores

ANTICONCEPCION POSTPARTO

30. ¿Qué método anticonceptivo moderno usa actualmente? (marque lo que corresponda):

- a) Ninguno
- b) Preservativo
- c) Inyectable hormonal trimestral
- d) Dispositivo intrauterino (T de cobre)
- e) Otros: _____

IV. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CRITERIOS	Jueces					Sig. exacta
	1	2	3	4	5	p
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.000
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.000
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	0.000
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	1	1	0	0.226
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	0.000
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	1	1	0.000
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	0.000
8. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	0	1	1	1	0.226

Puntaje otorgado a cada criterio para el instrumento:

- Criterio aceptable = 1 (SI)
- Criterio no aceptable = 0 (NO)

Del cuadro anterior se puede concluir que los criterios 1, 2, 3, 5, 6 y 7 han sido considerados válidos para el 100% de los validadores, con proporciones menores a 0.05, obteniendo siendo considerados válidos las preguntas a aplicar a la población; sin embargo, los criterios 4 y 8 obtuvieron un puntaje que supera la proporción mayor a 0.05, por lo que fueron observadas por los jueces, quienes sugirieron que se mejoraran las preguntas, procediendo a reformular los ítems.